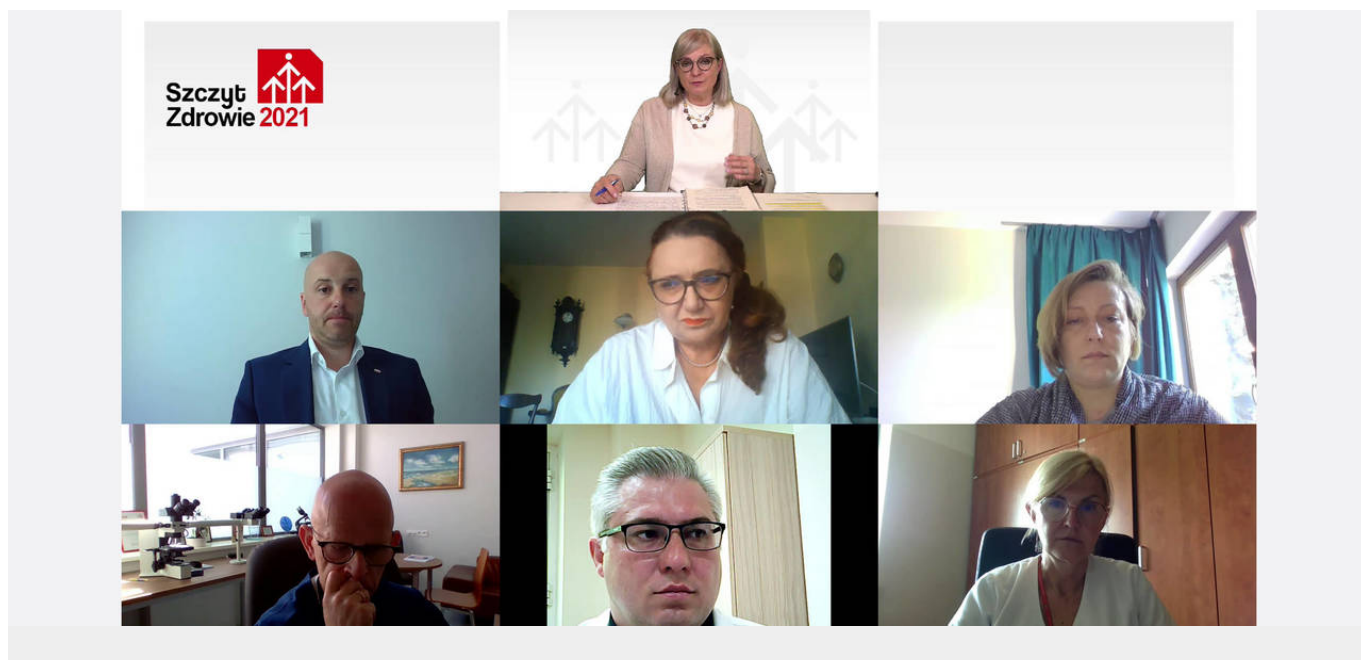




Medexpress, 2021-07-08 11:29

Szczyt Zdrowie Hematoonkologia – restart po pandemii



Jak pandemia odbiła się na sytuacji pacjentów hematologicznych? Paradoksalnie, doświadczenie COVID-19 może przynieść pozytywne skutki, jeśli decydenci wyciągną wnioski z tych rozstrzygnięć, jakie podejmowali wiosną 2020 roku.

O koniecznym i oczekiwanym restarcie w hematoonkologii eksperci dyskutowali podczas Szczytu Zdrowie 2021.

Wiceminister zdrowia Sławomir Gadomski przyznał, że w onkologii kreślone są w tej chwili, jeśli chodzi o skutki pandemii, czarne scenariusze, związane przede wszystkim z niezdiagnozowanymi i zbyt późno zdiagnozowanymi chorobami. - To jest właśnie ów dług zdrowotny, który częściowo wynika z ograniczenia dostępności a częściowo z obaw pacjentów, którzy źle zrozumieli hasło „Zostań w domu”. To, jak duży będzie to dług, zależy od tego, jak dużo opóźnionych pacjentów trafi do systemu, jak bardzo będą opóźnieni – mówił, podkreślając jednocześnie, że „na dziś” sytuacja bynajmniej nie jest jednakowa we wszystkich obszarach. - Widzimy to w guzach litych. Rak płuca to obszar najbardziej poturbowany, bo oddziały chorób płuc w dużym stopniu zostały przestawione na walkę z COVID-19. W nowotworach piersi czy jelita grubego na ten moment sytuacja nie jest tak zła, choć oczywiście nie ma pełnych danych – podkreślał, zaznaczając, że ośrodki onkologiczne raportują znacząco większą liczbę przypadków.

Wiceszef resortu zdrowia zapowiedział zmiany organizacyjne w hematoonkologii, w tym wdrożenie sieci hematoonkologicznej, nad którą prace przerwała, a w każdym razie opóźniła pandemia. - Mamy na finiszu rozwiązania do zastosowania, wyróżnienie wszystkich poziomów referencyjnych, przygotowanie standardów diagnostycznych i terapeutycznych, określenie, gdzie mogą być realizowane drogie programy lekowe - wyliczał. Zwrócił również uwagę, że w dostępności do leków onkologicznych nastąpił wyraźny postęp. - Od ponad dwóch lat nie ma listy refundacyjnej, na której nie znajdowałyby się nowe cząsteczki dla pacjentów onkologicznych. Wierzę, że będzie tak nadal. W Funduszu Medycznym pojawiły się nowe terapie. Nie w onkologii, nie w hematoonkologii, ale dajmy się rozpędzić tym nowym rozwiązaniom - przekonywał.

Nie wszystkie zapowiedzi Sławomira Gadomskiego znalazły akceptację ekspertów. Prof. dr hab. Krzysztof Giannopoulos zwracał uwagę, że sieć hematoonkologiczna nie może oznaczać centralizacji leczenia, a konieczność wyodrębnienia i wzmocnienia ośrodków referencyjnych nie powinna oznaczać odsunięcia skutecznych terapii od pacjentów i ich miejsca zamieszkania. - Na pewno można i trzeba centralizować procedury diagnostyczne. Można również to robić w takich obszarach jak radioterapia, przeszczepy, czy szczególnie trudne populacje pacjentów - mówił. Zwłaszcza kwestia diagnostyki - na przykład w przypadku przewlekłej białaczki limfoblastycznej - jest tutaj warta przemyślenia, bo - jak zwracał uwagę ekspert - od prawidłowego rozpoznania zależy najwięcej. - Zdarzają się pacjenci, którzy są leczeni nie na tę chorobę, na którą cierpią - przyznał.

Tymczasem, jak mówił jedna trzecia z pacjentów z PBL wymaga wyłącznie obserwacji, jedna trzecia - będzie wymagać leczenia w przyszłości, a u jednej trzeciej leczenie jest wymagane bezzwłocznie. Pytanie - jakie leczenie? - Immunochemioterapia, leczenie ogólnoustrojowe, zalecane jest w tej chwili tylko pacjentom dobrze rokującym - mówił ekspert.

- Leczenie innowacyjne, które minister nazywa drogim, a ja nazywam skutecznym, wcale nie musi być podawane w wybranych ośrodkach. To są leki doustne lub podskórne, które powinny być podawane jak najbliżej miejsca zamieszkania. Pacjent wręcz nie powinien być zmuszony do stawiania się w ośrodku referencyjnym po kolejne opakowanie tabletek, które gwarantuje świetną kontrolę choroby i możliwość utrzymania aktywności w życiu społecznym, zawodowym - przekonywał prof. Giannopoulos, postulując, by resort zdrowia utrzymał na stałe rozwiązanie zastosowane na początku pandemii, gdy pacjenci mogli otrzymywać leki na trzy albo nawet na sześć miesięcy. - To jest kwestia rozwiązań systemowych. Te leki w Europie są dostępne w aptekach, albo są dystrybuowane bezpośrednio do pacjentów - przypominał.

Prof. Jan Zaucha przypomniał, że w tej chwili coraz więcej towarzystw naukowych rekomenduje wręcz rezygnację z leczenia ogólnoustrojowego w PBL na rzecz terapii celowanych. - Pomysł stworzenia ośrodków referencyjnych, które współpracowałyby z mniejszymi, satelitarnymi, nie jest nowy. To pożądany kierunek zmian: pacjent jest diagnozowany w ośrodku referencyjnym, tam jest ustawiany plan leczenia, natomiast samo leczenie jest prowadzone w mniejszym ośrodku, choćby ze względów logistycznych. Wiadomo, że pacjent powinien mieć ośrodek w odległości nie większej niż 50-60 km od miejsca zamieszkania - mówił.

Wiceminister Gadomski tłumaczył, że resort zdrowia wcale nie myśli o przesuwaniu leczenia wszystkich pacjentów do ośrodków referencyjnych, że właśnie chce postawić na model, w którym kumulowane w nich są tylko procedury diagnostyczne i terapeutyczne, wymagające największego zaangażowania specjalistycznych kadr oraz środków. - Mówimy o tym samym - zapewniał ekspertów.

Prof. Zaucha zwrócił też uwagę, że choć rzeczywiście w ostatnim czasie do refundacji zostało włączonych sporo leków onkologicznych, Polska cały czas jest w tyle wobec innych krajów europejskich. - Opóźnienie we wprowadzaniu leków jest ogromne, w dodatku mamy sztucznie zawężaną populację chorych, których możemy kwalifikować do leczenia - przypomniał.

Prof. Iwona Hus zwracała uwagę, że jednym z kluczowych problemów w leczeniu PBL jest brak możliwości zastosowania terapii celowanych u chorych w pierwszej linii z zaburzeniami genetycznymi przy których immunochemioterapia nie jest możliwa do zastosowania. – Również u starszych pacjentów leczenie celowane, zwłaszcza krótkoterminowe, pozwala wydłużyć czas do progresji choroby – podkreślała.

W dyskusji mocno wybrzmiewał argument, że choć resort zdrowia uważa leczenie celowane za drogie, w istocie jest ono nie tylko skuteczne – jak argumentowali lekarze – ale też opłacalne, i to zarówno z punktu widzenia pacjenta (co oczywiste), ale też płatnika, systemu ochrony zdrowia (nie generuje bowiem kosztów hospitalizacji i odsuwa w czasie moment, gdy pacjent będzie wymagał bardziej intensywnej opieki) czy gospodarki – przynajmniej część pacjentów może kontynuować swoją aktywność zawodową.

Jaka jest efektywność leczenia ograniczonego w czasie? Prof. Iwona Hus mówiła, że w przypadku leczenia pierwszej linii trzy lata od zakończenia leczenia większość pacjentów ciągle nie ma progresji choroby i ma szansę na jeszcze dłuższy czas życia bez objawów.